·论著·

医联体内老年慢性病管理内容的匹配分析：基于“指南 – 实践 – 需求”视角

燕芳红[1，2]，彭国恬[1]，张国莉[1]，孙瑞仪[1]，马玉霞[1，2]，韩琳[1，2，3*]

1.730000 甘肃省兰州市，兰州大学循证护理中心 兰州大学护理学院
2.730000 甘肃省兰州市，兰州大学第一临床医学院
3.730000 甘肃省兰州市，甘肃省人民医院护理部
*通信作者：韩琳，教授；E-mail：LZU-hanlin@hotmail.com

【摘要】 **背景** 慢性病管理是老龄化社会的重大挑战，医联体是当前我国解决老年慢性病问题的有力抓手。目前，已有研究分别汇总了老年慢性病患者的需求及医联体管理实践现状，政府部门组织相关机构与专家也制定了相应指南和技术方案。然而，从疾病管理的角度来看，指南推荐证据、实践现状、患者需求 3 个视角中具体管理内容的匹配现状如何有待进一步研究。**目的** 明确医联体内老年慢性病管理内容的证据资源，从“指南 – 实践 – 需求”3 个视角分析服务资源与服务需求之间的匹配现状。**方法** 基于 Arksey and O′Malley 范围综述框架，围绕“两病”（高血压、糖尿病）管理，系统检索发表的医联体内老年慢性病管理的相关文献，指南或技术方案检索时间为建库至 2022 年 12 月，其他类型文献检索时间为 2018 年 1 月—2022 年 12 月。经去重、筛选后提取资料，采用描述性方式和内容分析法汇总管理内容及责任机构，对比服务资源与服务需求之间的匹配程度。**结果** 共纳入来自 14 个省市地区的 35 篇文献，涵盖 12 类 39 项管理内容，以城市地区为主要研究现场，约 80% 地区相关文献从单一视角探索。纳入 9 篇指南和技术方案的文献阐述了 6 类 19 项管理内容，21 篇实践现状的文献介绍了 9 类 24 项管理内容，6 篇文献分析了 12 类 32 项患者需求，3 个视角下管理内容差别较大，且指南和实践两个视角下各主体的责体有所区别。**结论** 管理内容的供需匹配结果提示未来研究可探索以需求为导向的医联体内慢性病管理自主服务资源的高效利用路径，而各管理内容的责任机构匹配结果提示未来研究应在夯实双向转诊通道的基础上，探究如何优化基层医疗机构资源配置，并确定患者及家庭参与慢性病管理的责任。

【关键词】 老年；慢性病管理；医联体；匹配分析
【中图分类号】 R 197 【文献标识码】 A DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0455

Matching Analysis of the Content of Chronic Disease Management for the Elderly in Medical Union：Based on the Perspective of "Guidance-Practice-Need"

YAN Fanghong[1，2]，*PENG Guotian*[1]，*ZHANG Guoli*[1]，*SUN Ruiyi*[1]，*MA Yuxia*[1，2]，*HAN Lin*[1，2，3*]
1.Evidence-Based Nursing Center，School of Nursing，Lanzhou University，Lanzhou 730000，China
2.The First School of Clinical Medicine，Lanzhou University，Lanzhou 730000，China
3.Nursing Department，Gansu Provincial People′s Hospital，Lanzhou 730000，China
**Corresponding author：HAN Lin，Professor；E-mail：LZU-hanlin@hotmail.com*

【Abstract】 **Background** Chronic disease management is a major challenge in an aging society，and medical union is a powerful way to solve the problem of chronic diseases in the elderly in China. At present，existing studies have summarized the management practice of medical union and the needs of elderly patients with chronic diseases，and relevant institutions and experts organized by government departments have also formulated corresponding guidelines and technical scheme. However，from the perspective of disease management，the matching status of specific management content from the three perspectives

基金项目：国家社会科学基金（20CGL053）
引用本文：燕芳红，彭国恬，张国莉，等. 医联体内老年慢性病管理内容的匹配分析：基于“指南 – 实践 – 需求”视角［J］. 中国全科医学，2024. DOI：10.12114/j.issn.1007-9572.2023.0455.［Epub ahead of print］［www.chinagp.net］
YAN F H，PENG G T，ZHANG G L，et al. Matching analysis of the content of chronic disease management for the elderly in medical union：based on the perspective of "Guidance-Practice-Need"［J］. Chinese General Practice，2024.［Epub ahead of print］

of guideline recommendation evidence, practice status and patient needs should be further studied. **Objective** To clarify the evidence resources of elderly chronic disease management in the medical alliance and analyze the matching status between service resources and service needs from the perspectives of "Guidance-Practice-Need". **Methods** Framed by the Arksey and O′Malley scoping review framework, the relevant guidelines or technical schemes from inception to December 2020 and other types of literature from August 2011 to December 2020 on the management of elderly chronic diseases (hypertension, diabetes) in the medical alliance was systematically retrieved. After removing duplicate and screening, the data are extracted, and the management content and responsible organizations are summarized by descriptive method and content analysis method, and the matching status between service resources and service demands is compared with the presentation of tables, graphs and summary paragraphs. **Results** A total of 35 articles from 14 provinces and regions were included, covering 39 items of management content in 12 categories. Nine guidelines and technical plans literatures were included to describe 19 items of management content in 6 categories, 21 literatures on practice status introduced 24 items of management content in 9 categories, and another 6 literatures analyzed 32 items of patient needs in 12 categories. There were great differences in management content under the 3 perspectives, and the main responsible organizations of the two perspectives of guidance and practice were different. **Conclusion** The matching results of supply and demand of management content suggest that future research can explore the efficient utilization path of independent service resources of chronic disease management in demand-oriented medical alliances, while the matching results of responsible institutions of specific management content suggest that future research should explore how to optimize the resource allocation of primary medical institutions on the basis of strengthening the two-way referral channel, and determine the responsibility of patients and families to participate in chronic disease management.

【Key words】 The elderly; Chronic disease management; Medical union; Matching analysis

慢性病管理是健康中国战略的重要内容，同时也是老龄化社会的重大挑战。医联体通过推动合理分级诊疗满足人民群众的健康需求，是我国解决老年慢性病问题的有力抓手。近年来，随着医联体规模快速扩大，医疗服务体系在不断延伸，然而，由于慢性病医联体管理涉及多元化的服务资源，使得各参与机构的主体性不足，容易依附于行政力量，面对老年慢性病患者的多样化、多层次的健康服务需求，则可导致服务依附性与需求的多样性之间存在张力，表现为患者自我管理知识技能缺如、基层服务形式化、综合医院服务个性化程度不足、医疗机构间服务不连续等服务内容离土化的问题。因此，有必要探究医联体内老年慢性病管理内容的匹配性问题。目前，已有研究对医联体管理实践进行了总结，也有研究关注了老年慢性病患者的需求及满意度问题；同时，政府部门组织相关机构与专家，依据管理要求和相关领域的研究证据制定了相应指南和技术方案。然而，从疾病管理的角度来看，指南推荐证据、实践现状、患者需求 3 个视角中具体管理内容的匹配现状如何有待进一步研究。

范围综述是基于循证理念的证据总结方法，可通过描绘某一研究主题可用证据的广度，识别并分析知识差距[1]与本研究关注的匹配性问题相契合。综上所述，本研究围绕“两病”（高血压、糖尿病）管理，采用范围综述方法，从“指南 - 实践 - 需求”3 个视角分析医联体如何对接老年慢性病患者健康服务需求，可明确服务资源与服务需求之间的匹配现状，识别和分析供需差异，为医联体助推分级诊疗有效落地提供理论依据，同时可为完善以患者需求为导向的区域内老年医疗健康服务网络、推进精细化服务管理并不断提升老年健康服务能力提供新的思路。

1　资料与方法

本研究以 Arksey and O′Malley 的范围综述五步法为框架[2-3]。

1.1　研究问题

本研究目的为明确医联体内老年慢性病管理内容的证据资源，分析现有的知识差距。具体包括：（1）医联体内老年慢性病（高血压、糖尿病）管理指南和技术方案中推荐的管理内容有哪些？（2）在具体实践中，医联体为老年慢性病（高血压、糖尿病）患者提供的管理内容有哪些？（3）老年慢性病（高血压、糖尿病）患者医联体管理需求有哪些？（4）医联体内老年慢性病管理内容在指南、实践、需求 3 个视角下的匹配状况如何？

1.2　检索策略

系统检索循证社会科学数据库、中国知网、维普中文科技期刊库、万方数据知识服务平台、中国社会科学引文数据库、北大法宝法律数据库等电子数据库，以及“医脉通”APP、中国政策网、国家基本公共卫生服务项目管理信息平台等互联网资源中与老年慢性病（高血压、糖尿病）医联体管理的相关的中文文献。鉴于本范围综述中所涉及问题类型差异较大，制定检索策略时，本研究纳入“医联体 / 医疗联合体 / 医共体 / 远程医疗 / 整合性医疗服务 / 医疗网 / 医疗网络 / 医院集团 / 医疗

圈/策略联盟/服务等级网络/委托管理/集团式联合体/区域医疗中心/联合兼并”“分工协作/双向转诊/分级诊疗/双向诊疗”两个组面的检索词制定检索策略，以扩大检索面，避免遗漏。

1.3 文献筛选

将检索到的文献题录导入 EndNote X9 去重，由 2 名研究者严格按照纳入排除标准独立进行标题、摘要及全文筛选。纳入标准包括：（1）研究现场：实践类文献要求在国内公办医疗卫生机构开展，需求类文献不限定研究场所；（2）研究对象：年龄≥ 60 岁患者或明确表述为老年患者，实践类文献未具体描述研究对象特征时默认符合要求，高血压和糖尿病要求医疗机构明确诊断；（3）研究主题：要求纳入医联体管理，实践类文献要求在文中对医联体内不同机构的分工协作进行具体阐述；（4）研究类型：指南、技术方案、证据摘要、系统评价、实验性研究、分析性研究、描述性研究；（5）检索时限：指南或技术方案检索时间为建库至 2022 年 12 月，其他类型文献检索时间为 2018 年 1 月—2022 年 12 月。排除标准包括：（1）书信、评论、新闻、社论等类型文献；（2）以方案设计为主，未真正实施的文章；（3）重复发表、无法获取原文的文献。

1.4 资料提取

全文筛选后由 2 名研究者独立提取数据，若存在分歧，则由第 3 人仲裁。文献提取表经预先设计形成初稿，在组内讨论修改后形成最终稿，包括基本资料（作者姓名、发表日期、文献类型、研究场所等）、研究对象（样本量、性别、年龄等）、研究主题（医联体的描述、管理内容及责任机构等）。

1.5 数据整理及分析

利用 EndNote X9 对纳入全文的文献进行整理，采用描述性方式和内容分析法汇总研究结果。首先，提取指南、实践及需求相关文献中关于医联体内老年慢性病健康管理内容的信息作为自由节点；其次，对具有相似内涵的自由节点进行关联式编入，为进一步减少现有节点之间类属关系的交叉，小组讨论后对编码做出调整，完成轴向及选择式编码；再次，指南类文献和实践类文献以创新性慢性病管理框架（Innovative Care for Chronic Conditions，ICCC）[4] 为依据，从宏观的政策环境、中观的综合医疗机构与基层医疗机构、微观的患者及家庭 4 个主体分析各管理内容的责任机构；最后，在指南、实践、需求 3 个视角评价服务资源与服务需求之间的匹配程度，识别和分析供需差异。

2 结果

2.1 文献筛选结果

共获得 9 764 篇文献，包括电子数据库检索得到期刊论文共计 9 425 篇、灰色文献 15 篇、互联网记录 326 篇。在 EndNote X9 软件中对上述文献去重后剩余 9 065 篇文献，2 名工作人员严格按照纳入排除标准，阅读标题与摘要筛选出 961 篇。阅读全文后按照纳入、排除标准剔除 926 篇，最终纳入分析 35 篇[5-39]，文献筛选流程如图 1 所示。

2.2 纳入文献的基本特征

纳入的 35 篇文献包含指南或技术方案 9 篇（25.7%）、期刊论文 18 篇（51.4%）、学位论文 8 篇（22.9%），有 26（74.3%）篇文献报道了地区及研究现场，具体见表 1。

2.3 医联体内老年慢性病管理指南和技术方案推荐的管理内容

本研究共纳入 9 篇[5-13] 指南和技术方案，有 5 篇[5，8-10，13] 针对高血压管理，4 篇[6-7，11-12] 涉及糖尿病管理，共提取 70 项自由节点（表 1），涉及双向转诊、慢病诊疗同质化 6 类共 19 项管理内容，按照出现次数由高到低依次为建立双向转诊通道[5-8，10-13]、慢性病随访[5-7，9-13] 8 篇（88.9%），首次评估与诊断[5-7，9，11-13]、高危人群筛查[5-8，10-12]、提高基层医疗机构诊疗水平[5-11] 7 篇（77.8%），提高患者的自我管理能力[5-7，11-13] 6 篇（66.7%），急危症识别与处理[6-7，9-11]、建立健康档案[5-7，11，13] 5 篇（55.6%），用药指导[9-10，12]、建立分级诊疗档案[5-6，13]、个性化管理方案[5，11，12]、个性化健康教育均为 3 篇[5，7，11]（33.3%），家庭医生服务[9-10]、医联体内信息与资源互通共享[5-6]、健康体检[5，11]、专科体检和并发症筛查[5，7]、个性化康复指导[12-13]、疾病知识宣讲[5，13] 均为 2 篇（22.2%），增加基

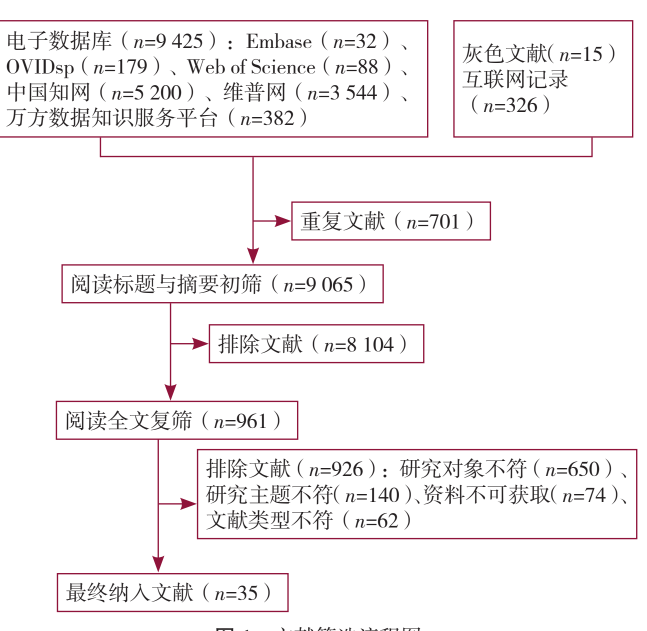


图 1 文献筛选流程图
Figure 1 Literature review flowchart



表 1 纳入文献的基本特征、管理内容及其责任机构

Table 1 Basic features，management contents and responsible organizations of the included literature

视角	作者	年份（年）	出版机构	文献类型	地点	研究场所	样本量（男/女）	年龄（岁）	医联体结构描述	管理内容及责任机构
指南或技术方案	国家卫生健康委办公厅等[5]	2022	中华人民共和国国家卫生健康委员会	国家级技术方案	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1:1–1△□○、1–2□、1–3○；2:2–1△□；9:9–1○●、9–2□○、9–3○、9–4□○；10:10–1△○、10–2△□○、10–3○●、10–4△○；11:11–1□○●、11–4○
	国家卫生健康委办公厅等[6]	2022	中华人民共和国国家卫生健康委员会	国家级技术方案	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1:1–1□○、1–2△○、1–3○；2:2–1△□○、2–2△；9:9–3○、9–4○、9–5□○；10:10–2○、10–3○●、10–4○
	阎德文等[7]	2022	深圳中西医结合杂志	省级专家共识	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1:1–1△□○；2:2–1△○；9:9–2○、9–3△○、9–4○、9–5○；10:10–2○、10–3○、10–4○；11:11–1○
	余振球[8-10]	2021	中国乡村医药	省级管理规范	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1:1–1□○；2:2–1△□○；3:3–1○；9:9–3○、9–4□○、9–5□○；10:10–2○●；11:11–3□○
	中国研究型医院学会糖尿病学专业委员会分级诊疗与基层管理糖尿病学组[11]	2020	中国医学前沿杂志（电子版）	全国专家共识	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1:1–1△□○；2:2–1△□○；9:9–1○、9–3○、9–4□○、9–5○；10:10–1□○、10–2○、10–3○●、10–4○；11:11–1○
	叶山东等[12]	2016	安徽医学	省级指南	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1:1–1△□○；9:9–3○、9–4○；10:10–1△○、10–2○、10–3○●；11:11–2□○、11–3○
	王学东等[13]	2016	安徽医学	省级指南	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	1:1–1△□○、1–3○；9:9–4□○；10:10–2△□○●、10–3●、10–4○；11:11–2□○、11–4○●
实践现状	桑圣梅等[14]	2022	江苏卫生事业管理	期刊论文	江苏省南通市崇川区	城市	120（74/46）	EG：65.62±8.25 CG：64.23±9.17	南通市第一人民医院作为牵头单位，组建医联体服务团队	1:1–1△□○、1–2△；2:2–1□；3:3–3○；6:6–2□○；9:9–2○；10:10–1○、10–3○、10–4○；11:11–4□○
	杨洁怡等[15]	2022	浙江临床医学	期刊论文	浙江省湖州市德清县	农村	180（98/82）	EG：63.37±5.82 CG：65.25±6.32	县域医共体	2:2–1□；9:9–1○；10:10–1□○、10–2○、10–4○；11:11–4□○
	陈爱中[16]	2021	中国卫生	期刊论文	四川省眉山市青神县	农村	N/A	N/A	紧密型医共体，下属13家公立医疗机构，包括乡镇卫生院10家	2:2–1□；10:10–4○
	柴潘琴[17]	2021	中医药管理杂志	期刊论文	浙江省杭州市拱墅区	城市	100（51/49）	EG：44~80 CG：43~81	U	1:1–1△□○；2:2–1□；10:10–2○、10–4○；11:11–4○
	岑洋等[18]	2021	基层医学论坛	期刊论文	广西壮族自治区梧州市长洲区	城市	150（81/69）	EG：51.39±10.56 CG：50.94±10.13	社区卫生服务中心全科医生、健康管理助手、三级医院专科医生组成管理团队	1:1–1△□○；2:2–1○；10:10–2○
	顾朝丽等[19]	2021	江苏卫生事业管理	期刊论文	江苏省南通市崇川区	城市	885（421/462）	68.37±9.17	U	1:1–1△□○；2:2–1△□；6:6–2□；7:7–1□○；8:8–3○●；10:10–1□○、10–2○、10–3□；11:11–2□、11–3○、11–4□
	江恬雨等[20]	2021	中华医院管理杂志	期刊论文	四川省成都市	城市 农村	N/A	N/A	四川大学华西第二医院与52家医联体单位	1:1–1△□○；1–2△
	李清等[21]	2021	检验医学与临床	期刊论文	上海市闵行区	城市	112（59/53）	EG：66.89±7.62 CG：67.17±6.89	U	1:1–1□○、1–2□；2:2–1□○；3:3–1○●；10:10–2△○；11:11–1○
	曹茂诚[22]	2020	微型电脑应用	期刊论文	广东省深圳市宝安区	城市	N/A	N/A	社康中心、基层医疗集团、市属医院三级转诊体系组成	1:1–1□○
	陈子优[23]	2020	江西中医药大学	学位论文	上海市某区	城市	171177（83768/87409）	56–75	4家二级医院、2家专科医院、12家社区卫生中心	1:1–1□○；2:2–1□○；9:9–1○
	王海娇等[24]	2019	中华全科医师杂志	期刊论文	山东省济南市天桥区	城市	291	U	1家三甲医院（山东省立第三医院）、1家二级医院（济南市天桥区人民医院）和基层卫生医疗机构（桑梓店卫生院和14家社区中心）	1:1–1□○、1–2△□●、1–3○；2:2–1□；3:3–1○；10:10–2○；11:11–4□
	赵岩[25]	2020	苏州大学	学位论文	江苏省苏州市高新区	城市 农村	N/A	N/A	以K医院为主导，联合区域内7家社区卫生服务中心形成区域医疗服务联合体	3:3–1○、6:6–2○；9:9–1△○●；10:10–2○、10–4○；11:11–1□○、11–4□
	高桦[26]	2019	医师在线	期刊论文	天津市和平区	城市	N/A	N/A	医联体内专科医生、全科医生、家庭医生组成团队	1:1–1△□○

（续表 1）

视角	作者	年份（年）	出版机构	文献类型	地点	研究场所	样本量（男/女）	年龄（岁）	医联体结构描述	管理内容及责任机构
	李佳[27]	2019	护理研究	期刊论文	黑龙江省哈尔滨市南岗区	城市	162（101/61）	EG：70.2±6.5 CG：69.2±6.7	以互联网为基础的医院－社区一体化慢性病管理	11:11-1□○
	王惠等[28]	2019	实用老年医学	期刊论文	江苏省南京市鼓楼区	城市	10697（9067/1630）	U	卫生行政部门/省市区疾控中心+中心性综合医院+社区卫生服务中心	2:2–1△□○；11:11–3△□○
	陈文如等[29]	2018	中华全科医学	期刊论文	广东省深圳市福田区	城市	N/A	N/A	中山大学附属第八医院牵头的，4 家区属医院、67 家区属社康中心和 30 家社会医疗机构协同的医联体	1:1–1△□○、1–2△；2:2–1△、2–3△；3:3–2△
	戴慧敏等[30]	2018	中国全科医学	期刊论文	上海市浦东新区	城市	65	U	潍坊社区卫生服务中心与上海交通大学医学院附属仁济医院（仁济医院）协同合作	1:1–1□○；2:2–1△○；9:9–4□○
	宁新惠等[31]	2018	岭南心血管病杂志	期刊论文	北京市东城区	城市	1000（568/432）	63.2±13.7	医联体管理团队包括三级甲等医院（北京协和医院、北京安贞医院），区域中心医院（北京第六医院）及辖区 14 家社区卫生服务站	2:2–1□；10:10–1○、10–2○●；11:11–4□●
	邵申申[32]	2018	南昌大学	学位论文	江西省南昌市某区	城市	120（57/63）	EG：68.04±5.52 CG：69.33±5.89	U	2:2–1□○；6:6–2□；10:10–1□●、10–3□○；11:11–4□
	施文大[33]	2018	扬州大学	学位论文	江苏省扬州市江都区	城市	N/A	N/A	扬州大学附属医院、2 家县级综合公立医院、8 家农村区域医疗卫生中心、10 家社区卫生服务中心	1:1–1△□、1–2△○；2:2–1△□、2–2△□
	程洁等[34]	2018	中国全科医学	期刊论文	北京市朝阳区	城市	N/A	N/A	以首都医科大学附属北京朝阳医院为核心的医联体成立，包括 1 家三级医院、2 家二级医院、7 家社区卫生服务中心	1:1–1△□○；2:2–1△□○；6:6–3○；10:10–2○、10–4○
患者需求	金静等[35]	2021	心脑血管病防治	期刊论文	湖南省长沙市岳麓区	城市	604（341/263）	36–75	以三级综合医院为龙头，以基层医疗机构为骨干的模式	1:1–1、1–2、1–4；2:2–1、2–2、2–3；3:3–1；11:11–1；12:12–1
	张敏[36]	2021	汕头大学	学位论文	广东省深圳市罗湖区、龙华区	城市	320	U	以高级医院为牵头医院，联合一定区域范围内的若干医院机构和社区卫生服务机构，通过横向或纵向的形式将资源整合组成利益共同体	1:1–1、1–3；3:3–1、3–2；6:6–2；9:9–1、9–2；10:10–1；11:11–1、11–2、11–3；12:12–1
	陈子优[23]	2020	江西中医药大学	学位论文	上海市某区	城市	171 177（83 768/87 409）	56–75	区域内的二级医院、专科医院及社区医疗卫生服务中心组成的网络	1:1–1、1–2、1–4；3:3–1；6:6–1；8:8–1；11:11–1；12:12–1
	郭文燕[37]	2018	暨南大学	学位论文	广东省珠海市	城市	978（506/462）	U	构建不同层次并相互联系的医疗卫生服务体系，并且在医保等方面做出制度性安排，形成按疾病轻、重、急、缓的需要的就诊模式	1:1–1、1–2、1–4；2:2–1、2–2、2–3；4:4–3；8:8–1；9:9–1、9–2；10:10–2；12:12–1
	侯冰[38]	2018	华东师范大学	学位论文	上海市、长沙市、开封市、银川市	城市	839（391/448）	71.89	N/A	1:1–1、1–2、1–3；3:3–3；5:5–1、5–2、5–3；6:6–3；7:7–1、7–2、7–3；9:9–1、9–2；10:10–2；11:11–2；12:12–1
	薛锐灵[39]	2018	西南大学	学位论文	重庆市	城市 农村	2220	U	区域内的三级综合医院和基层医疗机构建立分级诊疗合作模式，根据医联体内的产权、管理方案、利益分配的不同，划分为紧密型医联体模式（院管院办和兼并重组模式）、半紧密型医联体模式（托管和联合体模式）、松散型医联体模式（对口支援模式）	1:1–1、1–2、1–3；2:2–2；4:4–1、4–2；6:6–1；10:10–1；12:12–1

注：N/A 不适用；U 未描述；EG 实验组；CG 对照组；△政策环境；□责任机构为综合医疗机构；○责任机构为基层医疗机构；●责任机构为患者及家庭；1 双向转诊；1–1 建立双向转诊通道；1–2 医联体内信息与资源互通共享；1–3 建立分级诊疗健康档案；1–4 分级诊疗和医联体建设宣传；2 慢病诊疗同质化；2–1 提高基层医疗机构诊疗水平；2–2 增加基层医疗机构的资源配置；2–3 基层和上级医院用药衔接良好；3 家庭助医；3–1 家庭医生服务；3–2 远程医疗；3–3 上门医疗护理；4 改善服务体验；4–1 高质量的医患沟通；4–2 获得医务人员尊重；4–3 增加停车位；5 辅助卫生保健服务；5–1 医养结合服务；5–2 配药送药；5–3 保险服务；6 优化服务流程；6–1 大数据平台和信息技术助推个性化服务；6–2 社区义诊；6–3 预约诊疗；7 增加就医选择；7–1 心理咨询疏导；7–2 基层医疗机构可以提供专业性医疗服务；7–3 增加基层医疗机构辅助卫生保健服务；8 医疗保障；8–1 增加医保报销比例；8–2 便捷实现异地就医；8–3 会员预约免费诊疗；9 健康监测；9–1 健康体检；9–2 专科体检和并发症筛查；9–3 高危人群筛查；9–4 首次评估与诊断；9–5 急危症识别与处理；10 健康管理；10–1 个性化管理方案；10–2 慢性病随访；10–3 提高患者的自我管理能力；10–4 建立健康档案；11 健康教育；11–1 个性化健康教育；11–2 个性化康复指导；11–3 用药指导；11–4 疾病知识宣讲；12 健康科普；12–1 高质量健康科普。

层医疗机构的人员、设备等资源配置[6]为1篇（11.1%）。上述管理内容中，共66项（94.3%）自由节点的责任机构为基层医疗机构，综合医疗机构承担责任的节点有26项（37.1%），有18项（25.7%）自由节点涉及政策环境，而涉及患者及家庭的节点数最少，只有10（14.3%）项。

2.4 医联体为老年慢性病患者提供的管理内容

纳入21篇文献[14-34]对医联体内老年高血压和糖尿病患者健康管理实践进行了报道，共提取93项自由节点（表1），涉及9类共24项管理内容，按照出现次数由高到低依次为提高基层医疗机构诊疗水平16篇[14-19，21，23-24，28-34]（76.2%）、建立双向转诊通道14篇[14，17-24，26，29-30，33-34]（66.7%），慢性病随访10篇[15，17-21，24-25，31，34]（n=10，47.6%）、疾病知识宣讲8篇[14-15，17，19，24-25，31-32]（38.1%）、建立健康档案6篇[14-17，25，34]（28.6%）、医联体内信息与资源互通共享6篇[14，20-21，24，29，33]（28.6%）、个性化管理方案5篇[14-15，19，31-32]（23.8%）、高质量的社区义诊4篇[14，19，25，32]（19.0%）、家庭医生服务3篇[21，24-25]（14.3%）、定期健康体检3篇[15，23，25]（14.3%）、个性化健康教育3篇[21，25，27]（14.3%）、用药指导2篇[19，28]（9.5%）、提高患者的自我管理能力2篇[19，32]（9.5%），其他11项均只出现了1次（4.8%）。上述管理内容中，共64项（68.8%）自由节点的责任机构为基层医疗机构，综合医疗机构承担责任的节点有52项（55.9%），有26项（28.0%）自由节点涉及政策环境，而涉及患者及家庭的节点数最少，只有7项（7.5%）。

2.5 医联体内老年慢性病管理需求

共6篇文献[23，35-39]报道了医联体内老年高血压和糖尿病患者的管理需求，提取的自由节点66项，经调整后编码形成12类32项需求（表1）。纳入的每篇文献中都包括的有建立快速通畅的双向转诊通道和多样化的高质量健康科普（n=6，100%），有5篇[23，35，37，38-39]（83.3%）文献提及医联体内信息与资源互通共享的需求，在3篇（50%）文献中提及的需求有建立连续可查的分级诊疗健康档案[36，38-39]、分级诊疗和医联体建设宣传[23，35，37]、家庭医生服务[23，35-36]、定期健康体检[36-38]、专科体检和并发症筛查[36-38]、个性化健康教育[23，35-36]及增加基层医疗机构的资源配置[35，37，39]，在2篇（33.3%）文献中提及的需求有高水平的基层医疗机构诊疗服务[35，37]、基层和上级医院用药衔接良好[35，37]、大数据平台和信息技术助推个性化服务[23，39]、个性化管理方案[36，39]、定期慢性病随访[37-38]、个性化康复指导[36，38]，其他16项需求均为1篇（16.7%）。

2.6 医联体内老年慢性病管理内容的匹配现状

医联体内老年慢性病管理内容在指南、实践、需求3个视角的差别较大。如图2所示，指南推荐围绕双向转诊、慢病诊疗同质化、健康监测、健康管理和健康教育，实践现状关注双向转诊、慢病诊疗同质化、健康管理和健康教育，而患者需求则分散于各类别，且患者所关注的改善服务体验、辅助卫生保健服务、增加就医选择等管理内容均未在指南和实践中被提及。进一步分析各管理内容的责任机构匹配如图3所示，总的来说，指南中各主体的责任范围更宽，比例更集中，但指南和实践对患者及家庭的重视程度均有待提高。另外，实践中政策环境围绕建立双向转诊通道，而指南则更强调增强基层医疗机构的资源配置；实践中综合医疗机构、基层医疗机构责任比例最大的都是建立双向转诊通道，指南中综合医疗机构关注提高基层医疗机构的诊疗水平，而基层医疗机构则致力于慢性病定期随访和提高患者的自我管理能力。

3 讨论

本研究经系统检索后共纳入来自14个省市地区的35篇文献，仅研究地区为广东省深圳市的文献囊括了指南、实践、现状3个视角，约80%地区的相关文献从单一视角探索，无法分析当地医联体内老年慢性病管理内容与患者需求的匹配程度，这在一定程度上限制了医联体助推分级诊疗落地的实践效果。此外，纳入文献中仅有20%的文献以浙江省、四川省、江苏省和重庆市的农村地区为研究现场，而研究[40]表明农村地区与城市地区在卫生资源的密集程度和交通的便利程度等资源配置上存在差异，这可能导致现有研究结果在农村地区推广受限，建议未来研究更多报道农村地区医联体管理的实践探索。

纳入文献包含9篇指南和技术方案相关文献、21篇实践现状的文献和6篇患者需求文献，然而，需要特别说明的是，由于安徽省发布的高血压防治技术方案分3篇文献[8-10]发布，因此纳入的指南和技术方案应为7部。纳入文献共涵盖12类39项管理内容，指南推荐了6类19项管理内容，实践现状介绍了9类24项管理内容，患者需求包含12类32项。进一步对比3个视角的管理内容，结果显示医联体内老年慢性病患者有着多样化的需求，但约1/3的需求均未在指南和实践中被提及，且患者对高质量管理内容的需求突出，如快速通畅的双向转诊通道、连续可查的分级诊疗健康档案、高水平的基层诊疗服务、高质量医患沟通和社区义诊、定期健康体检和随访、多样化的高质量健康科普；此外，健康监测是疾病预防与控制的有效手段，也是本研究中指南文献关注的重要管理内容之一，但实践现状和患者需求文献却很少提及。从上述结果来看，医联体内老年慢性病管理内容在指南、实践、需求3个视角的匹配度不高，主

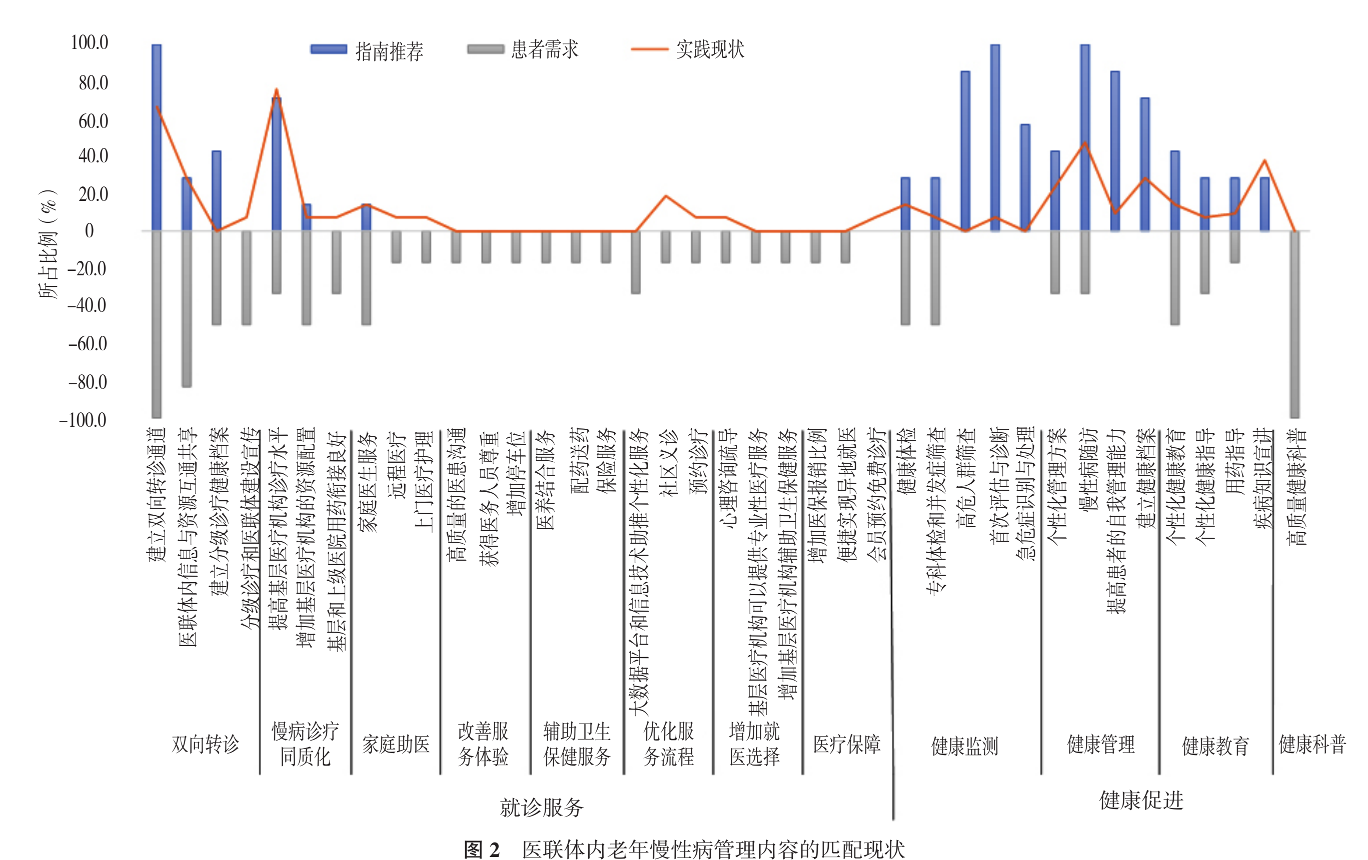
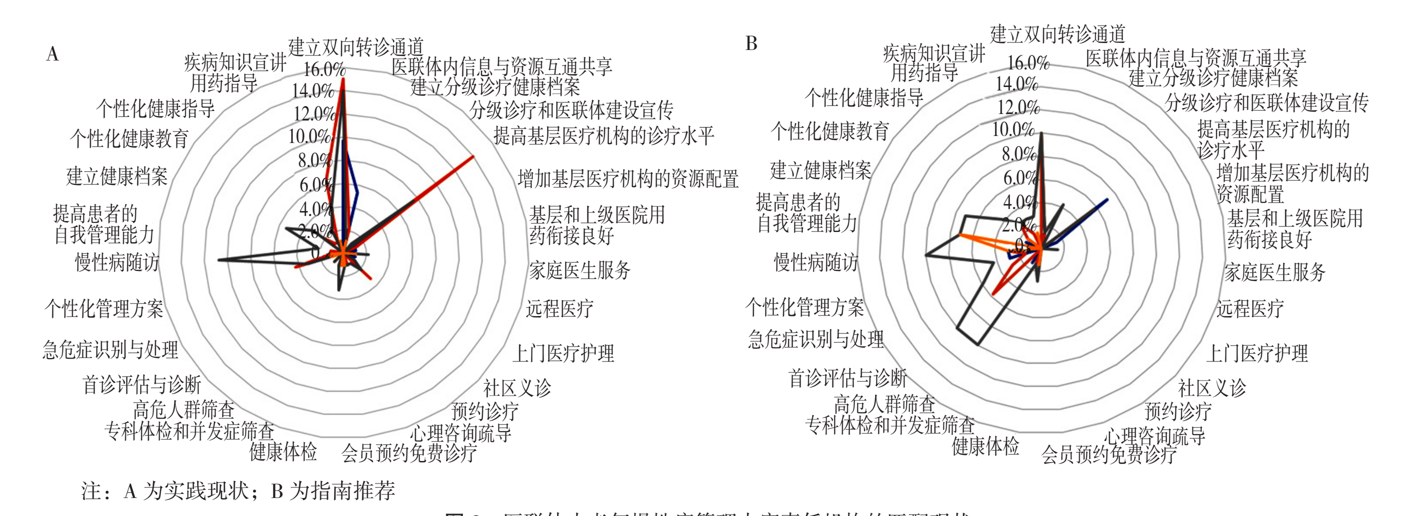


图2 医联体内老年慢性病管理内容的匹配现状

Figure 2 The matching status of elderly chronic disease management content in medical alliances



注：A 为实践现状；B 为指南推荐

图3 医联体内老年慢性病管理内容责任机构的匹配现状

Figure 3 The matching status of content responsibility organizations for elderly chronic disease management in medical alliances

要体现为医联体服务水平的有限性与患者多样化需求之间的供需矛盾，有效地解决路径是找到以需求为导向的医联体内慢性病管理自主服务资源的高效利用路径，如高质量家庭医生服务[41]、差异化医保支付[42]、远程医疗[20]、医务社会工作服务[43]、主诊医师团队负责制[44]、高年资护士门诊[45]、全科医生多点执业[46]等。

在 ICCC 框架中，患者及家庭是疾病日常管理的核心单位，而本研究结果显示指南和实践视角中很少有管理内容涉及，提示亟需探索如何在医联体内调动患者及家庭疾病管理主动性并确定与之相匹配的管理内容。另外，本研究结果显示指南视角下各主体的责任围绕如何提高基层医疗机构的资源配置和诊疗水平展开，而实践视角则强调双向转诊通道的建立，表明指南和实践两个视角下各主体的责体有所区别，这可在一定程度上解释当前我国医联体助推分级诊疗难以有效落地的困境。然而，从实现路径来看，实践视角可认为是问题导向下强



力治标的必由之路，而指南视角则是注重常态的长效治本之策，将两者相结合具有高度的内在契合性和现实可行性，建议未来研究可在夯实双向转诊通道的基础上，探究如何优化基层医疗机构的人力、设备等资源配置，包括完善基层医疗卫生机构绩效工资政策和内部激励机制、加强全科医生队伍建设、拓宽全科医生职业发展路径等[47]，从而促进基层医疗服务均等化，量质并举推动医联体内老年慢性病的精细化服务管理。

4 小结

糖尿病、高血压等慢性病管理是当前医联体助推分级诊疗落地的最佳切入点，本研究利用范围综述框架对医联体内老年慢性病管理内容的证据资源进行系统检索分析，从“指南－实践－需求”3 个视角分析医联体内老年慢性病管理内容的匹配程度，研究结果显示共有 35 篇文献报道了 12 类 39 项管理内容，“指南－实践－需求”3 个视角的管理内容的匹配度不高，提示未来研究亟需探索以需求为导向的医联体内慢性病管理自主服务资源的高效利用路径；同时，指南和实践两个视角下各主体的责体有所区别，且指南和实践视角对患者及家庭的重视程度均有待提高，未来研究应在夯实双向转诊通道的基础上，探究如何优化基层医疗机构资源配置，并确定患者及家庭参与慢性病管理的责任，从而推进以患者需求为导向的医联体精细化服务管理，推动分级诊疗有效落地，最终提升区域内老年健康服务能力。

作者贡献：燕芳红负责文章的构思与设计、质量控制、论文撰写；彭国恬、孙瑞仪负责资料收集与整理；张国莉负责表格的编辑与整理；马玉霞负责论文修订、质量控制及审校；韩琳对文章整体负责。

本文无利益冲突。

参考文献

［1］POLLOCK D，PETERS M D，KHALIL H，et al. Recommendations for the extraction，analysis，and presentation of results in scoping reviews［J］. JBI Evidence Synthesis，2023，21（3）：520–532.
［2］ARSKEY H，O'MALLEY L. Scoping studies：Towards a methodological framework［J］. Int J Soc Res Methodol，2005，8（1）：19–32.
［3］MUNN Z，STERN C，AROMATARIS E，et al. What kind of systematic review should I conduct ？ A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences［J］. BMC Med Res Methodol，2018，18（1）：5.
［4］NUÑO R，COLEMAN K，BENGOA R，et al. Integrated care for chronic conditions：the contribution of the ICCC Framework［J］. Health policy，2012，105（1）：55–64.
［5］国家卫生健康委办公厅，国家中医药管理局办公室 . 县域高血压分级诊疗技术方案［EB/OL］.（2022–01–26）［2023–06–19］. http：//www.nhc.gov.cn/cms–search/xxgk/getManuscriptXxgk.htm?id =1589c240232843e3a6ea230d7ba74c84.
［6］国家卫生健康委办公厅，国家中医药管理局办公室 . 县域糖尿病分级诊疗技术方案［EB/OL］.（2022–01–26）［2023–06–19］. http：//www.nhc.gov.cn/cms–search/xxgk/getManuscriptXxgk.htm?id =1589c240232843e3a6ea230d7ba74c84.
［7］阎德文，冯琨 . 糖尿病分级诊疗转诊制度与转诊标准深圳专家共识［J］. 深圳中西医结合杂志，2022，32（11）：29–34.
［8］余振球 . 省级高血压防治网络和体系工作实施与管理规范（1）［J］. 中国乡村医药，2021，28（17）：24–25+30.
［9］余振球 . 省级高血压防治网络和体系工作实施与管理规范（2）［J］. 中国乡村医药，2021，28（19）：24–27.
［10］余振球 . 省级高血压防治网络和体系工作实施与管理规范（3）［J］. 中国乡村医药，2021，28（21）：21–24.
［11］中国研究型医院学会糖尿病学专业委员会分级诊疗与基层管理糖尿病学组 . 2 型糖尿病分级诊疗与质量管理专家共识［J］. 中国医学前沿杂志（电子版），2020，12（5）：38–53.
［12］安徽省糖尿病分级诊疗指南［J］. 安徽医学，2016，37（2）：1–12.
［13］安徽省高血压分级诊疗指南（2015 版）［J］. 安徽医学，2016，37（3）：245–256.
［14］桑圣梅，缪慧英，徐赟，等 . 医联体模式下团队服务在社区糖尿病管理中的实践探索［J］. 江苏卫生事业管理，2022，33（11）：1569–1572.
［15］杨洁怡，姚丽娟，沈国忠 . 县域医共体改革在农村 2 型糖尿病管理效能中的应用［J］. 浙江临床医学，2022，24（11）：1735–1736.
［16］陈爱中 . 四川青神：个性化服务打造慢病管理新模式［J］. 中国卫生，2021，431（7）：94–95.
［17］柴潘琴 . 中医医联体环境下慢病管理服务模式的构建［J］. 中医药管理杂志，2021，29（23）：335–337.
［18］岑洋，黄玉梅，方惠 . “全科－专科”分级诊疗协作管理模式对社区原发性高血压患者的效果研究［J］. 基层医学论坛，2021，25（28）：3997–3999.
［19］顾朝丽，宁莉燕，陈建荣，等 . 医联体模式下社区糖尿病规范化管理干预效果分析［J］. 江苏卫生事业管理，2021，32（3）：403–408.
［20］江恬雨，刘葭，宁静，等 . 基于远程医疗的医疗联合体双向转诊路径探索与实践［J］. 中华医院管理杂志，2021，37（11）：889–892.
［21］李清，陆海峰，诸诚业，等 . “3+5”模式在社区 2 型糖尿病患者精细化综合管理中的应用［J］. 检验医学与临床，2021，18（13）：1930–1933.
［22］曹茂诚，陈旭，邓颖，等 . 医联体双向转诊系统设计与应用［J］. 微型电脑应用，2020，36（6）：9–12.
［23］陈子优 . 基于社会网络分析法的高血压医疗服务整合研究——以上海市 A 区为例［D］. 南昌：江西中医药大学，2020.
［24］王海娇，付鹏，朱蕾，等 . 山东省立第三医院“四位一体”糖尿病管理模式在分级诊疗中的应用探索［J］. 中华全科医师杂志，2019，18（8）：792–795.
［25］赵岩 . 苏州市 K 医联体模式下糖尿病管理的现状、问题及对策研究［D］. 苏州：苏州大学，2020.
［26］高桦 . 从分级诊疗视角谈 2 型糖尿病患者管理［J］. 医师在线，2019，9（9）：34–36.

[27] 李佳. 基于“互联网 +”的医院 - 社区一体化慢性病管理模式在老年高血压病人中的应用[J]. 护理研究，2019，33（7）：1237-1240.
[28] 王惠，庄永忠，王福影，等. 以慢病管理专科联盟为抓手落实糖尿病分级诊疗的实践研究[J]. 实用老年医学，2019，33(12)：1245-1248.
[29] 陈文如，张雪姣，周志衡，等. 以区慢病防治院为桥梁构建深圳市福田区分级诊疗体系[J]. 中华全科医学，2018，16(8)：1329-1333.
[30] 戴慧敏，刘伟，吴培红，等. 2 型糖尿病“全科 - 专科”分级诊疗协作管理模式及开展现状研究[J]. 中国全科医学，2018，21（10）：1188-1192.
[31] 宁新惠，杨帆，王文君，等. 医联体对社区原发性高血压患者的分级诊疗和规范化管理的作用[J]. 岭南心血管病杂志，2018，24（5）：576-580.
[32] 邵申申. 医联体架构下高血压患者自我管理的分级干预与评价[D]. 南昌：南昌大学，2018.
[33] 施文大. 扬州大学附属医院医联体建设现状与对策研究[D]. 扬州：扬州大学，2018.
[34] 程洁，徐向天，王哲，等. 医联体“专全结合”慢性病管理模式及其对开展分级诊疗的作用研究[J]. 中国全科医学，2018，21（34）：4178-4182.
[35] 金静，戴朝晖，蒋志明. 医联体管理模式对社区原发性高血压患者血压控制及健康行为的影响[J]. 心脑血管病防治，2021，21（4）：368-370.
[36] 张敏. 深圳市医联体内双向转诊现状及下转影响因素研究——以高血压患者为例[D]. 汕头：汕头大学，2021.
[37] 郭文燕. 珠海市高血压、糖尿病分级诊疗试点的现状及其影响因素研究[D]. 广州：暨南大学，2018.
[38] 侯冰. 城市老年人社区居家养老服务需求层次及其满足策略研究[D]. 上海：华东师范大学，2018.
[39] 薛锐灵. 医联体模式下重庆市慢性病分级诊疗的现状及对策研究[D]. 重庆：西南大学，2018.
[40] 涂怡欣. 县域医共体改革对基层卫生服务能力的影响及其作用机制[D]. 杭州：浙江大学，2023.
[41] 彭雅睿，施楠，陶帅，等. 分级诊疗实施中家庭医生团队建设现状及对策研究[J]. 中国全科医学，2020，23（1）：14-18.
[42] 邓宛青，杨佳. 差异化医保政策对推进分级诊疗制度的影响[J]. 中国医院，2019，23（1）：21-23.
[43] 计芳，代文瑶，柴双. 医务社会工作介入“分级诊疗”模式初探[J]. 解放军医院管理杂志，2017，24（4）：317-319.
[44] 胡成雅，曹永奇，栾伟，等. 主诊医师团队负责制在分级诊疗模式中的实践和作用[J]. 中国医院，2016，20（9）：64-66.
[45] 段春翠. 高年资护士参与的基层高血压管理模式探索及实践[D]. 合肥：安徽医科大学，2020.
[46] 潘莹，陆媛，于德华. 国内外全科医生多点执业现状及其对应用互联网促进分级诊疗的启示[J]. 中国全科医学，2017，20（15）：1793-1797.
[47] 刘利群. 推进家庭医生签约服务加强分级诊疗制度建设[J]. 中国全科医学，2018，21（1）：1-4.

（收稿日期：2023-07-27；修回日期：2024-04-02）
（本文编辑：李婷婷）